

Annexe supplémentaire : récolte de données par intervention

A. Résultats du processus de soins syndrome coronarien aigu

1. Évaluation des antécédents de maladies cardio-vasculaires (infarctus, pontage, angioplastie)

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
	Oui		Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

N.R.= Non Représentatif

On remarque qu'une évaluation des antécédents de maladies cardio-vasculaires est disponible sous forme de rapport d'hospitalisation dans chacun des services visités. Le service E se différencie pourtant des autres services. En effet, ce service a développé un « dossier patient syndrome coronarien aigu ». A l'intérieur de celui-ci, une check-list est réservée à l'inscription des antécédents personnels du patient. Toutefois, cet espace spécifique n'est rempli dans aucun des dossiers analysés. Pourtant, on se rend compte que cette information pourrait être retrouvée rapidement si elle était indiquée dans le dossier IC.

2. Évaluation des facteurs de risque (tabac, cholestérol, âge, sexe, diabète, hypertension artérielle)

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
	Oui		Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	19
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

De même que pour les antécédents du patient, nous avons retrouvé ces données dans le rapport des urgences et la lettre d'hospitalisation du service de cardiologie pour chacun des sites concernés. Une place est pourtant réservée pour cet item dans « le dossier patient syndrome coronarien aigu » du service E. Les acteurs soignants ont ainsi la possibilité de répertorier les facteurs de risques cardiovasculaires spécifiques au patient en les cochant. Pourtant ces items ne sont remplis dans aucun des dossiers IC de ce service.

3. Recherche de contre indication à la fibrinolyse (évaluation du risque hémorragique,...) : NEANT

4. Identifier l'heure d'apparition des symptômes

Services Formes (endroits)	E (IC)		F (IC)		G (Non IC)		H (Non IC)	
	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Oui	16	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	17	Oui	18	Oui	2	Oui	3
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min 30		1 min	

Nous avons pu retrouver cette information dans la lettre des urgences des dossiers analysés. La récolte de données met en exergue une différence de présence de cette donnée entre des services ayant développé un IC et des services n'en ayant pas développé. De plus, au sein des rapports médicaux, l'information a été inscrite sous deux tournures différentes: dans certains cas, le médecin indiquait la durée depuis l'apparition des symptômes lorsque le SMUR est arrivé. Dans les autres cas, l'urgentiste indiquait l'heure exacte d'apparition des symptômes. Notons que la deuxième manière de procéder est plus objective qu'une évaluation approximative de la durée écoulée depuis l'apparition des symptômes. Les soignants interrogés expliquent que cette information est indiquée en aval du processus patient. Ceci a pour conséquence de ne pas indiquer l'information au moment même de la prise en charge du patient. Les services E et F ont développé, au sein de leur prise en charge, un dossier IC suivant le patient et permettant à tout intervenant du processus de soin d'avoir connaissance de cette donnée. Nous avons également remarqué l'existence d'une place spécifique dédiée à l'inscription de l'heure d'apparition des symptômes dans le dossier itinéraire clinique.

Pourtant, encore une fois cet item n'est jamais rempli pour le service E. Notons que l'information a été retrouvée plus rapidement dans les services ayant un IC.

5. Identifier l'heure du premier contact médical

Services Formes (endroits)	E (IC)		F (IC)		G (Non IC)		H (Non IC)	
	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Oui	17	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	14	Oui	17	Oui	3	Oui	1
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Concernant l'identification de l'heure du premier contact médical, nous avons pu objectiver cette donnée dans la lettre des urgences en prenant en compte l'heure de prise en charge du patient par le service SMUR. Néanmoins cette donnée n'est pas sûre, car dans certaines situations, c'est le médecin généraliste ou le PIT qui constitue le premier contact médical avant l'arrivée du SMUR. Nous avons donc pris la décision de ne pas considérer notre déduction comme pertinente. Dans d'autres situations, il est indiqué dans le dossier médical que le patient s'est présenté de manière spontanée aux urgences. Dans cette situation unique, nous avons considéré l'heure de prise en charge des urgences comme étant attribuable à « l'heure du premier contact médical ». Nous pouvons ainsi remarquer une différence de présence de l'information, au sein des rapports médicaux, entre les services E et F et les services G et H.

Cet item a également été retrouvé dans les dossiers IC des services E et F. Les soignants ont ainsi la possibilité d'indiquer qui était le premier contact médical (médecin généraliste, PIT, SMUR, service des urgences) en cochant l'intervenant en question. L'heure, la date, le nom du médecin et de l'infirmier du premier contact peuvent également être communiqués à cet endroit. Néanmoins ces items ne sont remplis dans aucun des dossiers analysés pour le service E. Le service F a lui indiqué l'heure du premier contact médical dans 17 dossiers sur 20.

6. Évaluation quantifiée de la douleur

Services Formes (endroits)	E (IC)		F (IC)		G (Non IC)		H (Non IC)	
	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Oui	14	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	15	Oui	15	Oui	6	Oui	8
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Nous avons retrouvé une évaluation de la douleur dans le dossier des urgences selon une échelle EVA dans 15 dossiers sur 20 pour les services IC et dans 6 et 8 dossiers des services respectifs G et H. Dans les autres dossiers de ces 4 services, nous avons remarqué uniquement les mentions « douleur thoracique suspecte de plus de 20 minutes », « douleur thoracique survenue au repos ce [date] », « le patient est admis pour douleur épigastrique suspecte d'infarctus » dans la lettre des urgences. En interrogeant le personnel soignant des urgences du service E, ceux-ci ont indiqué qu'ils utilisaient l'échelle EVA du patient sous forme de smiley à montrer du doigt par le patient. Un bonhomme content signifie une douleur nulle tandis qu'un bonhomme mécontent signifie une douleur insupportable. Le personnel des services G (médecin) et H (infirmier) nuance le manque de présence de cette information en indiquant : « parfois, dans le feu de l'action... on fait l'évaluation de la douleur, mais on oublie de la noter dans le dossier des urgences... c'est ce qui explique qu'on n'ait pas retrouvé l'information dans certains dossiers. »

Dans les services E et F, les soignants ont la possibilité de renseigner l'information. Ceci est fait dans seulement 14 dossiers sur les 20 pour le service F. Ce n'est jamais fait pour le service E.

7. Paramètres hémodynamiques : pulsations cardiaques et pression sanguine

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Dans tous les dossiers, l'information a été retrouvée dans la lettre des urgences, mais également dans le dossier des urgences. Dans le service E, les soignants ont la possibilité d'indiquer ces données dans « le dossier syndrome coronarien aigu », mais ce n'est jamais fait pour les 20 dossiers analysés. Cela nous paraît être un manque à gagner quand on voit que l'information pourrait être, via cet outil, communiquée et retrouvée rapidement par l'ensemble des acteurs du processus. Nous n'avons pas retrouvé d'information de ce type dans le dossier IC du service F.

8. Réalisation d'un ECG

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Oui	16	Non	N.R.	Non	N.R.
Protocole de radiologie (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Nous avons retrouvé cette information sous forme de protocole et de résultat dans l'ensemble des dossiers analysés. Néanmoins, nous avons retrouvé l'information, indiquant que l'intervention clé avait été réalisée, plus rapidement dans les services ayant un IC. Cela s'explique par le fait que la donnée est indiquée dans le dossier IC sous forme de check-list (item « ECG 12 dérivations réalisées ») à cocher. Le soignant a également la possibilité, toujours au sein des dossiers IC des services E et F, d'indiquer l'heure de réalisation de l'ECG. Néanmoins ces informations ne sont jamais renseignées pour le service E.

9. Labo (dosant la troponine, créatininémie, glycémie, hémoglobine glyquée)

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Oui	18	Non	N.R.	Non	N.R.
Résultats (base de données du labo)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min 30		1 min	

Les dosages de la troponine, de la créatininémie, de la glycémie et de l'hémoglobine glyquée semblent être couramment communiqués. En effet, ceux-ci ont été renseignés sous forme de protocole et sous forme de résultat dans les bases de données de laboratoire de l'ensemble des services en questions. Pour les services E et F, nous avons retrouvé cette information sous forme de check-list (item « prise de sang réalisée » à cocher) dans le dossier Itinéraire Clinique infarctus du myocarde. L'information est relativement bien renseignée dans le dossier IC du service F (18 fois sur les 20), contrairement au service E (0 fois sur les 20).

10. Utilisation d'un score de risque (ex : Killip, TIMI, GRACE...)

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	5	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		> 5 min		> 5 min		> 5 min	

Nous avons pu relever, dans 5 dossiers du service E, l'utilisation d'un score de risque. Ce chiffre s'explique par le fait que, dans le processus de prise en charge élaboré par ce service, un score de risque n'est utilisé que dans la situation où le patient souffre d'un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST (non STEMI). Dans les autres cas, et donc lorsque le patient souffre d'un syndrome coronarien aigu avec élévation du segment ST (STEMI), aucun score de risque n'est utilisé et le patient est tout de suite orienté vers la coronarographie. Une place est dédiée à l'évaluation du risque (sévère, modéré ou faible) au

sein du dossier IC. Néanmoins, l'information pour les 5 dossiers concernés n'est pas renseignée dans le dossier IC. En interrogeant les intervenants des services F, G et H, nous nous sommes rendu compte qu'à aucun moment un score de risque n'était utilisé dans leur processus. Par conséquent, il est normal que nous n'ayons pas trouvé de trace de cette donnée. Nous ne pouvons donc pas prendre en compte la présence ou non de cette information pour comparer ces 4 services.

11. Type de re-perfusion utilisée (fibrinolyse ou angioplastie)

Services Formes (endroits)	E (IC)		F (IC)		G (Non IC)		H (Non IC)	
	Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Oui	10	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Dans tous les dossiers analysés, nous avons pu identifier le type de re perfusion utilisée dans le rapport d'hospitalisation des urgences et du service de cardiologie. Les dossiers IC des services E et F permettent pourtant de cocher le type de re-perfusion utilisée, ce qui donne la possibilité à chaque acteur de retrouver l'information rapidement si on compare les temps de recherche des services IC aux temps de recherche des services non IC. Néanmoins, on déplore un faible taux de remplissage de cette information au sein des dossiers IC.

12. Identifier l'heure de re perfusion si fibrinolyse/heure d'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle et heure d'expansion du ballonnet si coronarographie

Services Formes (endroits)	E (IC)		F (IC)		G (Non IC)		H (Non IC)	
	Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Oui	9	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Non	N.R.	Oui	12	Non	N.R.	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		> 5 min		> 5 min	

Que ce soit pour la fibrinolyse ou pour la re perfusion par coronarographie nous n'avons pas su identifier l'heure exacte du traitement au sein des rapports médicaux des services E, G et H. Cette donnée n'est disponible que dans 12 dossiers sur 20 pour le service F. En interrogeant un infirmier du service E, celui-ci nous a expliqué que l'information pourrait être disponible pour les patients traités par coronarographie en regardant l'heure à laquelle celui-ci avait été encodé dans la salle de coronarographie. Nous avons décidé de ne pas tenir compte de ces propos, car même s'il est possible de connaître l'heure à laquelle le patient a été pris en charge dans la salle d'examen, il n'est pas possible de connaître l'heure exacte d'expansion du ballonnet. Pourtant, pour la re perfusion par fibrinolyse, il est possible d'indiquer l'heure d'administration des médicaments dans le dossier IC des services E et F. Celle-ci n'est jamais renseignée dans les dossiers du service E et n'est renseignée que 9 fois sur les 20 dans les dossiers IC du service F.

13. Administration de médicaments (morphine, inhibiteur P2Y12, anti-coagulant, aspirine)

Services Formes (endroits)	E (IC)		F (IC)		G (Non IC)		H (Non IC)	
	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de
Check-list (dossier IC)*	Oui	0	Oui	12	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min 30 s	

Cette information a été retrouvée dans le rapport des urgences et du service de cardiologie pour l'ensemble des dossiers. Nous avons eu connaissance par un infirmier du service E et un médecin du service F qu'un protocole des médicaments, de leurs dosages et de leurs voies d'administration avait été mis au point par consensus lors de l'élaboration de l'Itinéraire Clinique. Ce protocole des médicaments se retrouve dans le dossier IC sous forme de check-list. Le soignant a également la possibilité d'indiquer les heures d'administration. Néanmoins, ces items ne sont pas remplis pour le service E. Au sein du service F, l'information n'est indiquée que 12 fois sur les 20.

14. Calcul de l'indice de masse corporelle, mesure du périmètre abdominal du patient

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Anamnèse infirmière	Oui	20	Oui	19	Oui	20	Oui	15
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	16
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min 30 s		1 min		1 min		1 min	

Nous avons considéré cette information calculable sur base des informations relevées par le dossier infirmier et le rapport d'hospitalisation de cardiologie. En effet, la taille et le poids des patients, permettant indirectement de calculer l'indice de masse corporelle, ont majoritairement été retrouvés dans l'ensemble des dossiers patients. Nous avons également retrouvé une mesure du périmètre abdominal dans chacun des dossiers analysés. Il n'existe donc pas de différence de support transmettant cette donnée entre les services IC et les services non IC.

15. Mesure de la fonction d'éjection du ventricule gauche (ex : échographie cardiaque)

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Planning infirmier (dossier infirmier)	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Protocole de radiologie (dossier médical)	Oui	20	Oui	16	Oui	19	Oui	20
Imagerie médicale (PACS)	Oui	20	Oui	16	Oui	19	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Cette information a été retrouvée dans tous les dossiers analysés sous deux formes distinctes : sous forme de protocole d'examen et sous forme d'imagerie médicale (sur le PACS) pour l'ensemble des services. Le service E se démarque en indiquant cette information sous une troisième forme : dans le planning infirmier du service de cardiologie dans l'item « examen à

prévoir », le terme « échographie cardiaque » est indiqué pour l'ensemble des dossiers analysés.

16. Sensibilisation aux règles hygiéno-diététique (alimentation, tabac, activité physique...)

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	11	Oui	15	Non	N.R.	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	2 min		2 min		> 5 min		> 5 min	

Nous avons identifié cette information dans 11 et 15 lettres d'hospitalisation transmises par le cardiologue au médecin traitant des services respectifs E et F. Nous avons ainsi retrouvé des passages dactylographiés tels que : « des conseils sur l'interruption du tabac ont été donnés » ; « des conseils sur le mode de vie et la reprise d'une activité physique ont été donnés » ; « un rendez-vous avec la diététicienne a été pris ». Néanmoins, cette information ne se retrouve jamais explicitement, ce qui a augmenté notre temps de recherche. Aucune notion de sensibilisation aux règles hygiéno-diététique n'a été retrouvée pour les services non IC. Les médecins des services G et H nuancent ce manque d'indication en expliquant que la sensibilisation se faisait oralement lors d'une consultation.

17. Prescription d'un bilan lipidique à distance dans les 1 à 3 mois

Services Formes (endroits)	E (IC) Nombre de dossiers /20		F (IC) Nombre de dossiers /20		G (Non IC) Nombre de dossiers /20		H (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Prescription de prise de sang (dossier médical)	Oui	17	Oui	18	Oui	6	Oui	10
Résultats (base de données du Labo)	Oui	17	Oui	12	Oui	6	Oui	9
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Nous avons pu retrouver des prescriptions d'un bilan lipidique pour tous les dossiers des 4 services en question. La seule différence existante réside dans le fait que nous n'ayons pas souvent retrouvé de « prescription papier » ou de résultat dans la base de données du laboratoire pour certains services. Les acteurs médicaux nuancent ce manque d'information en expliquant que certains patients réalisent leur bilan lipidique dans d'autres institutions de soins que celles qui les ont pris en charge pour leur syndrome coronarien aigu. Par conséquent, il est normal d'observer une absence de cette donnée dans leur système d'information.

18. Information au patient et à son entourage concernant les signes d'alerte et des gestes adéquats à tenir en cas de problème

Services Formes (endroits)	E (IC)		F (IC)		G (Non IC)		H (Non IC)	
	Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Non	N.R.	Oui	8	Non	N.R.	Non	N.R.
Planning infirmier (dossier infirmier)	Oui	20	Oui	18	Non	N.R.	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	2 min		1 min 30		> 5 min		> 5 min	

Nous n'avons pas retrouvé de données attestant que le patient a été informé des signes d'alerte de syndrome coronarien aigu et de la conduite adéquate à tenir pour les services G et H. En interrogeant le personnel infirmier du service de cardiologie, celui-ci nous a indiqué que cela se faisait oralement par l'équipe infirmière le jour de sortie du patient. Néanmoins, il n'y a pas de trace dans le dossier patient approuvant que l'information ait bien été donnée. Cette information est par contre retrouvée majoritairement dans les plannings infirmiers des services E et F. Le service F a également développé, dans son dossier IC, une check-list à cocher attestant que l'information a bien été donnée. De plus le soignant a la possibilité d'indiquer à qui l'information a été donnée (au patient, au conjoint du patient, à un membre de sa famille,...). Néanmoins cette information n'est pas souvent indiquée (8 fois sur 20).

B. Résultats du processus de soins prothèse totale de genou

1. Information sur les risques et bénéfices de l'intervention

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	4	Non	N.R.
Fiche de coordination des soins (dossier médical)	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		2 min		> 5 min	

Pour le service A, le seul endroit où nous avons pu objectiver le fait que cette information soit notée est le rapport de consultation de l'orthopédiste envoyé au médecin généraliste. La phrase permettant d'objectiver cette information est systématiquement : « ... avec accord du patient, la mise en place d'une prothèse totale de genoux a été programmée ». Néanmoins, cette information n'est vue que rétrospectivement par rapport au processus de soins en tant que tel. Il n'y a donc pas de possibilité de la part des autres intervenants (infirmiers, Kiné,...) de savoir si l'information a été donnée. Le service B a lui mis en place, au sein de son dossier IC, une check-list remplie par l'orthopédiste. Ce document atteste au personnel soignant que l'information a bien été donnée. Remarquons que cette information est retrouvée plus rapidement sous forme de check-list que sous forme de rapport de consultation. Le service C (non IC) a lui mis en place une fiche de coordination tenue par l'infirmière coordinatrice. C'est elle qui donne les informations sur les risques et bénéfices de l'intervention. Elle indique donc la date à laquelle le patient a reçu ces informations dans cette fiche de coordination. Néanmoins, le temps de recherche de cette fiche a été conséquent, car elle n'est jamais répertoriée au même endroit du dossier patient.

2. Prévision de la date de sortie et des critères de sortie

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	20	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Fiche de coordination des soins (dossier médical)	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min 30 s		> 5 min	

Concernant les services A et B, la programmation de la sortie du patient a systématiquement été not e par le chirurgien dans une check-list du dossier IC. Chacune de ces check-lists est transmise entre intervenants durant toute la phase préopératoire du patient, ce qui permet d'identifier les interventions déjà r alis es de celles à programmer. Dans ces check-lists (service A et B), le chirurgien indique la date d'entrée, la date de l'intervention, la durée de l'intervention ainsi que la durée prévue de l'hospitalisation. Pour le service C, l'information se retrouve dans la fiche de coordination tenue par l'infirmière coordinatrice. Néanmoins, nous remarquons que l'information est retrouv e plus rapidement si une check-list est présente. Selon l'infirmière en chef du service A : « Les critères de sorties sont identiques à tous les patients et connus par l'ensemble du personnel entrant dans ce processus de soins ». Les acteurs des services B, C et D expliquent que le départ sera envisageable dès que le patient sera en mesure d'accomplir les mouvements suivants : plier le genou à 90 , lever la jambe op r e à l'horizontale, se lever et se coucher sans assistance, marcher avec des béquilles ou à l'aide d'une tribune et monter ainsi que descendre les escaliers. De plus, la plaie devra être sèche. Selon un kiné interrogé du service B: « nous connaissons les critères de sortie, mais c'est l'orthopédiste qui doit les renseigner au patient lors de sa consultation de pré-op, enfin... c'est ce que l'on a décidé ensemble lors de l'élaboration de l'IC. »

3. Prévion de l'orientation postopératoire en concertation avec le patient

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	20	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Fiche de coordination des soins (dossier médical)	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min 30		> 5 min	

L'information a été retrouvée dans tous les services visités excepté le service D. Concernant les services A et B, le chirurgien coche dans la check-list du dossier IC s'il est nécessaire de prévoir un séjour en revalidation ou si le patient doit passer l'ensemble des examens préopératoires avant de décider de l'orientation en service revalidation ou en kinésithérapie habituelle. Pour le service C, c'est l'infirmière coordinatrice qui coche dans sa fiche de coordination si le patient retourne à domicile pour l'intervention ou si un séjour en revalidation est nécessaire.

4. Optimisation du secteur d'amplitude articulaire, renforcement des muscles du membre inférieur en pré-op

Nous n'avons jamais pu relever, pour les 4 services rencontrés, le fait que cette intervention clé soit réalisée. Par conséquent, nous ne pouvons pas tenir compte de cette donnée.

5. Informer le patient sur le déroulement de la phase postopératoire (pansement, drain, possibilités fonctionnelles, actions thérapeutiques,...)

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier infirmier)	Oui	16	Oui	20	Oui	5	Non	N.R.
Check-list (dossier IC)*	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Fiche de coordination des soins (dossier médical)	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min 30 s		1 min		2 min		> 5 min	

L'information concernant la bonne réalisation de cette intervention clé a été retrouvée sous trois formes différentes. Premièrement, dans le service B, le chirurgien a la possibilité de tenir au courant les autres intervenants en remplissant la check-list du dossier IC. Deuxièmement, dans le service C, l'infirmière coordinatrice a la possibilité d'indiquer cette donnée dans la fiche de coordination des soins. La troisième forme de communication de cet item concerne l'ensemble des services rencontrés. L'information est donnée par une infirmière du service d'orthopédie, qui l'indique d'une croix dans le dossier infirmier. On y retrouve ainsi les mentions : « informations sur l'intervention chirurgicale », « informations sur la phase post opératoire », « aide à maîtriser son anxiété », « informations sur les risques infectieux ». En interrogeant plusieurs infirmières, celles-ci ont indiqué que cocher ces éléments signifiait qu'une explication concernant les préparatifs de l'opération, les conditions de séjour dans le service et la rééducation avaient été données oralement par l'infirmière. On remarque que cette forme de communication de l'information est plus souvent indiquée dans les services IC. Une infirmière du service C nous a dit que l'information était normalement donnée au patient. Néanmoins, certaines personnes, moins consciencieuses ne l'indiquaient pas ou oublièrent de le renseigner. Remarquons que cette information a été systématiquement indiquée dans le dossier IC du service B et dans la fiche de coordination des soins du service C.

6. Éducation du patient aux exercices, transferts, types de marches, montée/descente d'escalier avec canne du postopératoire

Services Formes (endroits)	A (IC)		B (IC)		C (Non IC)		D (Non IC)	
	Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier infirmier)	Oui	16	Oui	20	Oui	5	Non	N.R.
Check-list (dossier IC)*	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Fiche de coordination des soins (dossier médical)	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min 30 s		1 min		2 min		> 5 min	

Nous avons décidé de répertorier la présence de cette information en reprenant le tableau précédent intitulé « informer le patient sur le déroulement de la phase postopératoire ». En effet, en interrogeant le personnel soignant de ces services, ceux-ci nous ont indiqué que

l'éducation du patient concernant les exercices, les transferts, les types de marche et la montée/descente d'escalier avec canne du postopératoire était renseignée aux mêmes endroits du dossier patient.

7. Consultation pré-opératoire avec une assistante sociale

Services Formes (endroits)	A (IC)		B (IC)		C (Non IC)		D (Non IC)	
	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de	Nombre dossiers /20	de
Check-list (dossier IC)*	Oui	20	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Check-list (dossier infirmier)	Oui	18	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	10
Rapport (dossier médical)	Oui	N.A.	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		> 5 min		1 min	

N.A.= non accessible, car nous n'avons pas les droits d'accès

Nous avons perçu cet item simultanément sous trois formes distinctes pour le service A : une check-list (remplie par l'orthopédiste) dans le dossier IC attestant que le passage de l'assistant social était nécessaire et programmé, une check-list (remplie par l'assistant social) dans le planning infirmier attestant que l'assistant social avait rencontré le patient et enfin un rapport de l'assistante sociale au sein du dossier médical. Notons que pour ce dernier, en raison d'un non droit d'accès informatique, nous ne pouvions lire ce qui y était inscrit. Néanmoins, cette information existe. Concernant le service B, nous avons retrouvé dans les 20 dossiers à la fois une check-list (dans le dossier IC) attestant que le passage de l'assistant social était nécessaire et programmé et un rapport de l'assistante sociale au sein du dossier médical. Nous constatons ainsi une grande différence de présence d'information entre les services IC et les services non IC. En effet, le taux d'information non trouvé sur la réalisation d'une consultation avec une assistante sociale est très important en ce qui concerne les dossiers des services C et D. En interrogeant les soignants des services non IC, ceux-ci expliquent que c'est le médecin qui décide quand la consultation est nécessaire, mais qu'il n'y a pas vraiment de place pour indiquer le passage de l'assistant social.

8. Évaluation des antécédents médicaux, de la co morbidité (déficiency cardiaque, pathologie chronique pulmonaire, HTA, diabète, cancer, AVC)

Services Formes (endroits)	A (IC)		B (IC)		C (Non IC)		D (Non IC)	
	Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20		Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
« Feuille du tour » (dossier médical)*	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20
Anamnèse infirmière (dossier infirmier)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Fiche de coordination des soins (dossier médical)	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min 30 s		1 min		1 min 30 s		1 min	

Nous avons remarqué une redondance d'information concernant les antécédents médicaux, chirurgicaux et les facteurs de risques des patients. En effet, on retrouve cette information à la fois dans les rapports de pré-hospitalisation de l'orthopédiste et de l'anesthésiste et à la fois dans l'anamnèse infirmière du dossier infirmier pour l'ensemble des services rencontrés. Le service B a développé une check-list, au sein de son dossier IC, permettant à l'anesthésiste d'indiquer le relevé de ces informations lors de la consultation pré opératoire. Chacun des intervenants a alors facilement connaissance du fait que cette intervention clé a été réalisée. Nous avons également remarqué que cette information se retrouvait dans la fiche de coordination des soins du service C et dans la feuille du tour du service D.

9. Réalisation de radios de thorax, ECG et d'une biologie en pré-op

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier IC)*	Oui	20	Oui	20	Non	N.R.	Non	N.R.
Résultat, protocole d'examen (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Fiche de coordination des soins (dossier médical)	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Nous avons retrouvé ces éléments très facilement et sous différentes formes. Concernant les services IC, les examens réalisés en préopératoire (biologie clinique, ECG, radio de thorax, frottis pour les patients ciblés, consultation pneumologie, consultation en cardiologie, consultation diabète,...) sont cochés au sein du document IC une fois ceux-ci réalisés. Pour le service C, l'infirmière coordinatrice se charge de « fouiller » dans le dossier patient et de vérifier si les examens préopératoires sont bien réalisés. Si c'est le cas, elle l'indique dans la feuille de coordination. De plus, les biologies étant facilement accessibles via les bases de données des laboratoires, nous avons retrouvé ces informations sous la forme de résultats.

10. Informations datées sur le type de prothèse posée, les structures ligamentaires respectées, les consignes d'appui, les mobilités articulaires autorisées et attendues et les complications survenues durant l'opération

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	15	Oui	18
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Ces informations ont toujours été retrouvées dans le rapport d'intervention de l'orthopédiste des services IC. Pour que nous considérions cet item comme rempli, il fallait que nous retrouvions le nom de l'orthopédiste, le diagnostic et la procédure opératoire utilisée, les

détails de l'incision, une description de ce qui a été observé en opérant, des détails sur les tissus mous, des détails sur le numéro de série de la prothèse et sur tout matériel implanté, des détails sur les sutures utilisées, une description sur les complications observées durant l'opération et sur les manières dont elles ont été gérées et enfin des instructions à suivre pour la phase postopératoire. Si l'un des éléments n'était pas retrouvé, nous considérons l'item comme non rempli. Ainsi, nous n'avons pas retrouvé l'information dans 5 dossiers du service C et dans 2 dossiers du service D.

11. Information sur les données d'anesthésie : médicaments et doses durant l'opération, instructions post opératoires de l'anesthésiste

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	19	Non	N.R.
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		> 5 min	

Nous n'avons pas identifié de réelle différence entre les services IC et le service C pour cet item. Nous n'avons pas trouvé d'informations pour le service D. Pour que nous considérons cet item comme rempli, il fallait que nous retrouvions le nom de l'anesthésiste, une évaluation du patient pré opératoire par l'anesthésiste attestant son accord à l'intervention, les médicaments, les doses et les moyens d'administration de ceux-ci durant l'opération, le type et l'endroit de toute anesthésie régionale éventuelle, les données de monitoring et enfin les instructions post anesthésie. Si l'un des éléments n'était pas retrouvé, nous considérons l'item comme non rempli.

12. Évaluation journalière de la douleur (échelle visuelle analogique EVA)

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier infirmier)	Oui	20	Oui	20	Non	N.R.	Oui	16
Chiffree (dossier infirmier)	Oui	20	Oui	20	Oui	15	Oui	19
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Pour les services A et B, nous avons retrouvé dans les 20 dossiers concernés une évaluation de la douleur sous forme de processus (case à coché indiquant que la tâche évaluation de la douleur avait été réalisée : « suivre la douleur ») et sous forme de résultat (la douleur est évaluée selon une échelle analogique chiffrée de 0 à 10). De plus, les jours et heures auxquels l'infirmière doit relever cet indicateur clinique sont pré-cochés au sein du planning infirmier. Ceci permet aux acteurs infirmiers de ne pas oublier de réaliser la tâche. Une fois la tâche réalisée, la case est cochée, indiquant ainsi sa bonne réalisation. Au sein du service C, nous avons relevé une évaluation quantifiée de la douleur dans 15 dossiers sur 20. Pour ce service aucune évaluation de la douleur sous forme de processus (check-list) n'a été identifiée.

13. Administration d'analgésiques et jour du passage aux analgésiques per os

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (dossier infirmier)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Que ce soit pour les services IC ou les services non IC, l'information a à chaque fois été retrouvée facilement. Pourtant, les services IC se différencient par une « pré-organisation » de leur planning infirmier. En effet, nous avons retrouvé, dans le planning infirmier des services A et B, les heures, les doses et les moyens d'administration des médicaments pré

remplis et cochés par le personnel soignant une fois celle-ci réalisée. Lors d'une rencontre avec une infirmière du service B, celle-ci nous a indiqué qu'en accord avec les médecins, un protocole de la douleur avait été établi. Cet usage permet de traiter de la même manière l'ensemble des patients en tenant compte de l'évaluation de la douleur. Les infirmières savent donc que les prescriptions de médicaments analgésiques seront identiques d'un médecin à l'autre du service, mis à part bien sûr, toute contre indication relative au patient. Nous avons ainsi trouvé dans l'ensemble des dossiers des services A et B, une feuille scannée reprenant les consignes post opératoires de l'anesthésiste et indiquant « de suivre le protocole d'administration de médicaments antalgiques en fonction de l'échelle EVA ». Dans les services C et D, les médicaments utilisés et le moment où ceux-ci sont administrés varient en fonction du médecin.

14. Administration d'anti-biotiques et d'anti-thrombotiques

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
	Oui		Oui		Oui		Oui	
Check-list (dossier infirmier)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	18	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Tout comme les analgésiques, les services IC se différencient des autres services par la pré-organisation de leur planning infirmier. Ainsi, au sein des services A et B, les heures, les doses et les moyens d'administration des médicaments sont pré remplis et cochés dans le planning infirmier une fois effectués. L'administration se réalise également selon un protocole identique à tous les médecins du service, mis à part contre indication spécifique au patient.

15. Radiologie de contrôle post-op

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (planning infirmier)	Non	N.R.	Oui	15	Non	N.R.	Oui	14
Protocole (dossier médical)	Oui	19	Oui	20	Oui	20	Oui	20
« Feuille du tour » (dossier médical)*	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	11
PACS	Oui	19	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Les radios de contrôle ont systématiquement été retrouvées sur le PACS (Picture Archiving and Communication System) et sous forme de protocole (dans le dossier médical). Notons que le service B a prévu, au sein de son planning infirmier, une case pré-cochée « prévoir une radio de contrôle ». Ceci permet de rappeler au personnel soignant de prendre un rendez-vous afin de vérifier radiologiquement la mise en place de la prothèse. Néanmoins dans 5 cas sur les 20, bien que cet item soit pré-coché, celui-ci n'a pas été validé. Pourtant des images sont présentes sur le PACS, ce qui signifie que l'infirmier n'a pas indiqué que son action avait été réalisée.

16. Biologie de contrôle post-op

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Résultats (base de données du labo)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
« Feuille du tour » (dossier médical)*	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Nous n'avons pas repéré de distinction entre les services A, B, C et D concernant la communication de cette information.

17. Évaluation quotidienne de la plaie

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Check-list (planning infirmier)	Oui	19	Oui	18	Oui	12	Oui	10
« Feuille des plaies » (dossier infirmier)	Oui	20	Oui	20	Oui	20	Oui	20
Temps de recherche moyen (en minutes)	1 min		1 min		1 min		1 min	

Nous avons retrouvé l'information cochée dans le planning infirmier sous l'item : « réaliser soins de plaies suturées » ou « suivre pansement de plaie suturée » dans 19 dossiers pour le service A et dans 18 dossiers pour le service B. Il s'agit en fait d'items pré-cochés et validés une fois l'action réalisée. Ceci permet de savoir si un soin planifié a été administré. Concernant le service C, nous avons retrouvé cet item coché dans 12 cas sur les 20. Dans les 8 autres situations, rien n'était indiqué ou même pré-coché.

18. Évaluation des périmètres jambiers et péri patellaires (œdèmes)

Étant donné la non réalisation de cette intervention clé sur le terrain, aucune donnée relative à l'évaluation des périmètres jambiers et péri patellaires n'a été repérée.

19. Technique de Kinésithérapie utilisée (massage, mobilisation passive/active, marche, cryothérapie, angulation articulaire, neurostimulation électrique transcutanée)

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Prescription de kiné (dossier médical)	Oui	12	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.
Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical)	Oui	20	Oui	20	Oui	5	Oui	11
Annotation du kiné (Dossier médical)	Non	N.R.	Oui	16	Non	N.R.	Oui	5
Temps de recherche moyen (en minutes)	2 min		1 min 30 s		2 min		1 min 30 s	

Dans les dossiers des 4 services, nous avons pu relever dans la lettre d'hospitalisation une mention indiquant que de la kinésithérapie était nécessaire en traitement de sortie. Néanmoins, nous trouvons cette information trop légère pour pouvoir identifier les techniques de kinésithérapie nécessaires à la revalidation. Nous ne l'avons donc pas prise en compte. Néanmoins, les rapports post opératoires de l'orthopédiste des services A et B contenaient les formules : « Kiné dès que possible selon le protocole de revalidation », « schéma de rééducation selon protocole », « protocole de kiné habituel ». En interrogeant les kinésithérapeutes des services A et B, nous nous sommes rendu compte qu'un protocole de kiné avait également été mis au point. Dans le service C, la technique de rééducation nécessaire a été indiquée dans seulement 5 rapports post opératoires.

20. Évaluation des progrès du patient (capacité du patient de monter et descendre les escaliers, capacité du patient à marcher sur une distance, flexion du genou en postopératoire)

Services Formes (endroits)	A (IC) Nombre de dossiers /20		B (IC) Nombre de dossiers /20		C (Non IC) Nombre de dossiers /20		D (Non IC) Nombre de dossiers /20	
Annotation du kiné (Dossier médical)	Non	N.R.	Oui	16	Non	N.R.	Oui	5
« Feuille du tour » (dossier médical)*	Non	N.R.	Non	N.R.	Non	N.R.	Oui	17
Temps de recherche moyen (en minutes)	> 5 min		1 min 30 s		> 5 min		1 min	

Cette donnée souffre d'un grand manque de communication dans l'ensemble des services rencontrés. Ainsi, selon l'infirmière en chef du service A : les kinés ne notent pas vraiment les progrès réalisés par le patient...le fait de mettre en place un IC nous a permis de plus dialoguer... on a de meilleures relations qu'avant...si un patient récupère plus lentement ou plus rapidement le kiné viendra me le dire et inversement si un patient a des complications cliniques j'irai le trouver... maintenant si on voulait vraiment connaître ce qui a été fait point de vue kiné, il suffirait d'aller dans le programme de tarification des actes kinés... mais le problème est que les infirmiers n'ont pas l'autorisation d'accès... l'accès est strictement réservé aux kinés et médecins ». Selon un kiné du service C : « on ne note pas les progrès quotidiens du patient... on essaye d'arriver à nos objectifs et si un patient est plus lent on en informe le médecin. » Dans le service B, les progrès journaliers sont notés sur des fiches,

elles-mêmes glissées dans le dossier médical, ce qui permet au médecin de connaître l'évolution du patient. Notons que l'accès à cette information reste limité aux médecins et aux kinésithérapeutes.